



« AGIR ENSEMBLE CONCRÈTEMENT
ET DURABLEMENT »



COOPÉRER POUR MIEUX COORDONNER

Guide pratique pour les dispositifs de
coordination territoriale en santé

SOMMAIRE

INTERACTIF

COOPÉRER POUR MIEUX COORDONNER GUIDE PRATIQUE POUR LES DISPOSITIFS DE COORDINATION TERRITORIALE EN SANTÉ

- p.3-4
 - p.3
 - p.3
 - p.4
- p.5
 - p.5
- p.6
 - p.7-8
 - p.8-9
 - p.10
 - p.11
 - p.12
 - p.13
- p.14
 - p.15-16
 - p.17-18
 - p.19-20
 - p.21-22
 - p.23
- p.24
 - p.25
 - p.25
 - p.26-27
- p.28
- p.29-35
 - p.29-30
 - p.31
 - p.32-35

INTRODUCTION GÉNÉRALE DU GUIDE

POURQUOI CE GUIDE ?

Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques et le développement du numérique en santé, les besoins de santé de la population comme les pratiques des professionnels connaissent de profondes transformations. Ces mutations renforcent la nécessité d'une coordination accrue entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, au service de parcours plus lisibles, plus cohérents et plus adaptés aux situations individuelles¹.

Les politiques publiques de santé successives ont en effet mis en place des leviers pour favoriser les coopérations entre professionnels, faciliter la territorialisation des politiques de santé et leur intersectorialité, au travers de la création de nombreux dispositifs de coordination des parcours de soins, de santé et de vie (DAC, CPTS, MSP, D-CLIC, CRT, Communautés 360...), inscrits dans des démarches de santé publique globale à l'échelle locale (CLS, CLSM, ASV) départementale (PTSM), ou régionale (DR/DSR).

En l'absence de précisions dans les textes de loi concernant les modalités d'articulation entre ces acteurs, celles-ci se construisent à l'échelle des territoires, en fonction des spécificités, des échelons et des champs d'action de chacun.

Chacun porte une partie de la réponse aux besoins de santé de la population, mais cette diversification d'acteurs rend parfois la lisibilité complexe, tant pour les professionnels que pour les usagers. L'articulation entre ces différents acteurs est un enjeu majeur pour l'ARS Occitanie, qui affiche clairement sa volonté d'améliorer la lisibilité des dispositifs et leur articulation par différents leviers décrits dans le PRS 2023-2028.

A l'instar des coopérations initiées en période de crise sanitaire, l'objectif est d'optimiser la gestion coordonnée entre tous les professionnels de santé intervenant avec et autour d'une même personne et de construire un parcours de santé coordonné permettant « les bons soins et accompagnements par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment ».

POUR ALLER PLUS LOIN

[Projet régional de santé d'Occitanie 2023 - 2028](#)

[Schémas territoriaux de santé](#)

À QUI S'ADRESSE-T-IL ?

Ce guide s'adresse en priorité :

- Aux **coordinateurs et équipes opérationnelles dispositifs et démarches territoriales en santé** : DR/DSR, CPTS, D-CLIC, Communautés 360, CRT, DAC, PTSM, CLS, CLSM, RAPT/MDPH, PRADO...
- Aux **membres de la gouvernance** (bureaux, présidences, directions),
- Aux **professionnels de santé** impliqués dans des projets territoriaux (médecins, infirmiers, pharmaciens, paramédicaux, etc.), et plus largement à tout acteur impliqué dans l'animation de dispositifs de coordination (DAC, CLS, collectivités, établissements de santé...).

Il peut être utilisé :

- Comme **ressource pratique** pour lancer ou structurer une coopération,
- Comme **support d'atelier** ou de réunion partenariale,
- Comme **base de discussion** avec les partenaires institutionnels.

Ce guide est né des **Rencontres de la coopération territoriale du 2 octobre 2025**, organisées en région Occitanie par la FACS, le Guichet CPTS et l'ORU, qui ont mis en lumière à la fois :

- Une ambition largement partagée : mieux articuler les acteurs au quotidien sur les territoires pour répondre aux besoins populationnels
- Et des enjeux collectifs : améliorer la visibilité des dispositifs, déployer des actions partenariales simples et efficaces, clarifier les compétences et missions respectives des acteurs

L'objectif de ce guide est de proposer des repères méthodologiques concrets, directement mobilisables sur les territoires, pour aider les acteurs à coconstruire des coopérations adaptées à leur contexte.

COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

Le guide est structuré en trois parties complémentaires :

Partie 1 – Contexte et enjeux de la coopération territoriale

Elle pose les bases : pourquoi parler de coopération, qui fait quoi, et sur quelles étapes méthodologiques communes s'appuyer.

Partie 2 – Retours d'expérience des ateliers thématiques du 2 octobre 2025

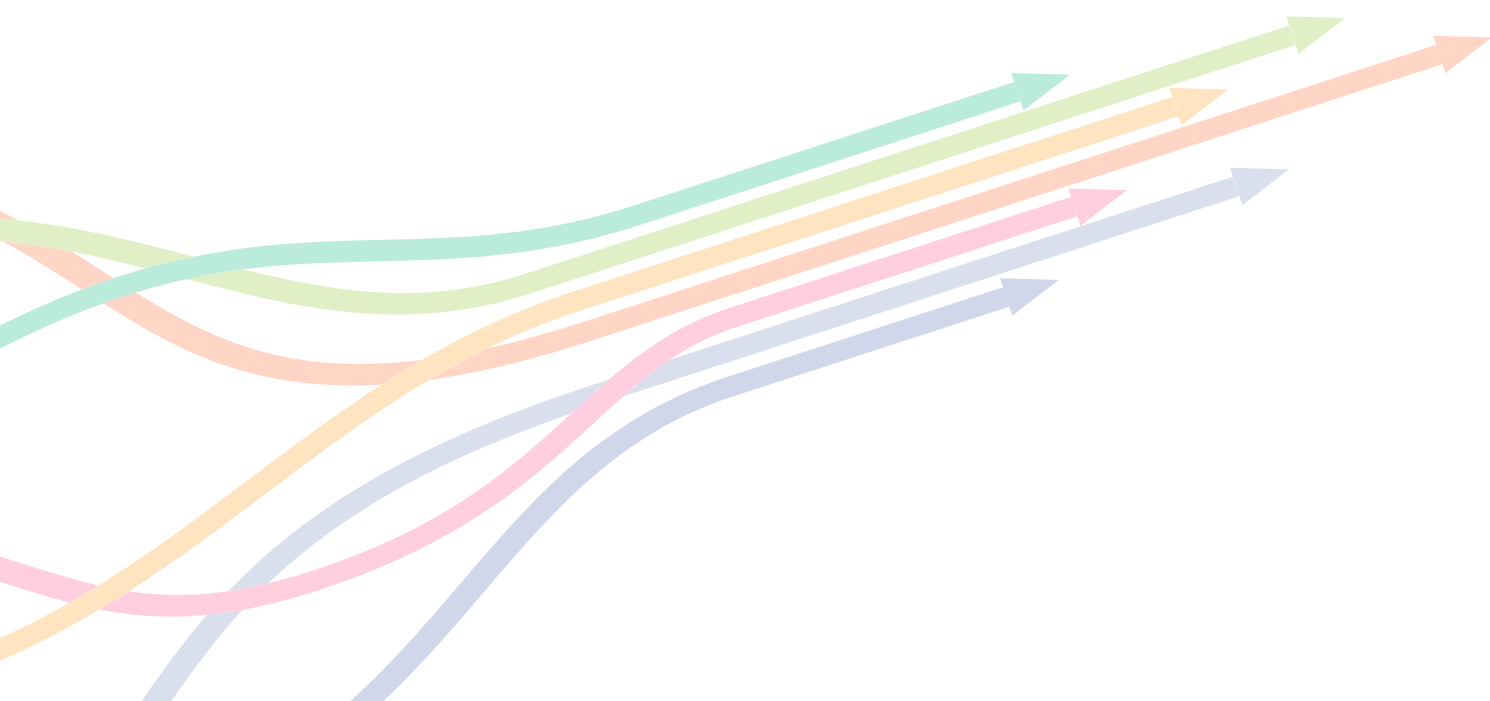
Elle capitalise les productions issues des ateliers (accès aux soins, soins non programmés, prévention, parcours / expertise), en mettant en avant les freins, leviers, outils, bonnes pratiques et exemples concrets.

Partie 3 – Se situer pour agir : outil d'auto-évaluation territoriale

Elle présente un outil méthodologique proposé par la FACS, le Guichet CPTS et l'ORU, un questionnaire d'auto-positionnement simplifié, pour aider les territoires à passer de l'analyse à la mise en œuvre.

Le lecteur peut choisir de :

- Lire la Partie 1 pour poser le décor,
- Aller directement à la Partie 2 pour chercher des **idées et exemples concrets**,
- Ou utiliser la Partie 3 comme **outil d'animation** avec les partenaires.



NOTE AU LECTEUR

CHAMP, LIMITES DU GUIDE ET CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

Ce guide n'est pas restreint aux seuls dispositifs cités :

- **Les dispositifs de coordination** : DAC, CPTS, C360, DR/DSR, DCLIC...
- **Les démarches territoriales en santé** : PTSM, CLS, CLSM...
- **Les dispositifs de coordination** émanant des partenaires publics (RAPT par exemple)
- **Les effecteurs de soins** participant à la coordination des parcours de soins et de santé : MSP, CDS, établissements de santé, sociaux et médico-sociaux...

D'autres acteurs participant à la coordination des parcours de santé et de vie des personnes peuvent y trouver des ressources et des outils.

Ce guide ne propose pas un modèle unique de coopération à appliquer partout. Les réalités territoriales (rural, urbain, zones sous-denses, littoral, montagne, etc.), les histoires locales, les ressources disponibles sont trop différentes pour qu'un « modèle type » soit pertinent.

Nous faisons un autre choix : proposer une démarche méthodologique et des points de repère qui peuvent être adaptés et déclinés selon les besoins de chaque territoire.

Ainsi :

- Les étapes proposées sont communes,
- Mais les formes de coopération, les outils et les modes d'organisation resteront spécifiques à chaque territoire.

La démarche proposée repose sur quelques principes simples :

- Partir de ce qui existe déjà (diagnostics, projets, coopérations en place) ;
- Croiser les regards (dispositifs, professionnels de santé, institutions, usagers lorsque c'est possible) ;
- Favoriser des actions concrètes à court et moyen terme, avec des objectifs clairement formulés plutôt que des listes d'indicateurs complexes ;
- Inscrire la coopération dans la durée à travers des temps réguliers de bilan et d'ajustement.

Les outils proposés sont volontairement simples, pour pouvoir être utilisés en réunion ou atelier, sans logistique lourde.

Suite à l'utilisation de ce guide, vous souhaitez-nous faire part de vos avis/retours des outils mis à disposition, flashez le QR-code suivant :



Aidez-nous à améliorer le guide en partageant vos impressions et suggestions. Vos données (nom, mail, fonction, structure et téléphone si vous souhaitez être recontacté-e) resteront confidentielles, ne seront ni vendues ni cédées, et peuvent être traitées via Google Forms avec protection RGPD même hors UE. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment : rgpd@facs-occitanie.fr . Vous pouvez également saisir la CNIL.



PARTIE 1 - CONTEXTE ET ENJEUX DE LA COOPÉRATION TERRITORIALE EN SANTÉ

La première partie de ce guide pose le cadre et les enjeux de la coopération territoriale en santé, afin de fournir aux acteurs un socle commun de compréhension avant d'entrer dans les outils méthodologiques et les retours d'expérience.

UNE DÉMARCHE EN RÉPONSE À DES DÉFIS

DES BESOINS COMMUNS SUR LES TERRITOIRES

Sur la plupart des territoires, les acteurs décrivent une même réalité : vieillissement, maladies chroniques, précarité, santé mentale, accès à un médecin traitant... les problématiques se cumulent, les patients circulent entre la ville, l'hôpital, le social et le médico-social, rendant la coordination des professionnels d'autant plus nécessaire.

Dans le même temps, plusieurs dispositifs se sont déployés sur les territoires : CPTS, DAC, C360, MSP, etc. Parallèlement, la territorialisation des politiques publiques de santé s'appuie sur le développement de démarches territoriales de santé (ASV, CLS, CLSM, PTSM), qui constituent des cadres de dialogue et de coopération entre acteurs. Dispositifs de coordination et démarches territoriales poursuivent des finalités complémentaires et gagnent à s'articuler entre eux : leur collaboration renforce la cohérence des actions menées et améliore les parcours et l'expérience des patients. Chacun a sa légitimité et sa plus-value, mais pour autant, vus du terrain, la diversité et la superposition de ces cadres peuvent rendre le paysage difficile à lire.

Quelques exemples reviennent souvent :

→ Patients "ballottés" entre acteurs :

Une personne âgée fragile ou en situation de handicap est suivie par son médecin traitant, un spécialiste, l'hôpital, parfois le DAC ou un service social... mais aucune instance n'est clairement identifiée comme responsable de la coordination globale.

→ Professionnels sollicités par plusieurs dispositifs sans lisibilité :

Un même généraliste est contacté pour participer à un projet d'accès aux soins, un dispositif de soins non programmés, une action de prévention, un programme de sortie d'hospitalisation... CPTS, DAC, établissement, association : tout le monde sollicite, mais sans articulation. Résultat : fatigue, sentiment de dispersion, difficulté à s'engager.

→ Actions redondantes ou mal synchronisées :

Sur un même sujet (ex. : accès au médecin traitant, repérage de la fragilité, prévention en santé mentale), plusieurs dispositifs montent chacun leur action.

Ces exemples n'annulent pas les nombreuses coopérations déjà à l'œuvre sur les territoires, mais ils mettent en lumière ce qui reste difficile à organiser collectivement.

Un besoin de clarification des rôles sur quelques sujets clés et d'une meilleure organisation collective (qui fait quoi), est partagé sur les territoires. Cette meilleure articulation pourrait se concrétiser au travers des actions d'animation territoriale et des réflexes collaboratifs et partenariaux, à opérer depuis la réalisation des diagnostics jusqu'à l'évaluation des activités co-portées.

En bref : *"Comment faire pour que, sur un même territoire, les dispositifs et professionnels concernés travaillent ensemble de façon lisible par une articulation efficiente ?"*

UNE DÉMARCHE RÉGIONALE EN PHASE AVEC CES BESOINS

Au travers de cette démarche régionale nous souhaitons proposer un cadre de travail commun pour que les acteurs puissent réorganiser leurs coopérations autour de quelques objectifs partagés.

Partout, des coopérations existent déjà : liens quotidiens entre ville et hôpital, structuration de filières spécialisées, groupes de travail locaux, initiatives partagées entre CPTS, DAC, CLS, établissements, collectivités... Ce guide vise précisément à valoriser ces dynamiques et à leur proposer un outil méthodologique cadre pour les consolider, les renforcer et les étendre.

CONCRÈTEMENT, LA DÉMARCHE PROPOSE TROIS APPORTS PRINCIPAUX :

METTRE EN LUMIÈRE ET ALIGNER LES PRIORITÉS DÉJÀ PARTAGÉES

Dans la plupart des territoires, les acteurs identifient spontanément les mêmes enjeux : accès au médecin traitant, sorties d'hospitalisation complexes, prévention ciblée, santé mentale, expertises accessibles, participation des usagers et démocratie sanitaire... La dynamique enclenchée à l'échelle régionale invite à rendre explicites ces priorités communes, à les formuler clairement et à les relier à des objectifs concrets et réalistes.

EXPÉRIMENTATION BASSIN DE THAU RECOURS AUX URGENCES 75 ANS ET +

Le parcours d'hospitalisation non programmée pour les personnes âgées de plus de 75 ans, mis en œuvre par la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Bassin de Thau, est une initiative innovante qui repose sur une coopération renforcée entre divers acteurs de la santé et du social. Grâce à une compréhension approfondie du territoire et une approche populationnelle, la CPTS a su instaurer une collaboration intégrative qui inclut la famille et les aidants, le médecin traitant, les EHPAD, l'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les infirmiers libéraux (IDEL), les assistantes sociales, les services de transport sanitaire, et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC 34).

Le succès de ce parcours repose sur un schéma d'articulation cohérent et coconstruit. Chaque étape et chaque acteur doivent être clairement définis et intégrés pour garantir la qualité et la pertinence des soins pour garantir une prise en charge optimale des patients. Les premiers constats traduisent un suivi plus continu et régulier du patient hospitalisé, une meilleure anticipation et sécurisation du retour à domicile, et enfin une mise en relation des acteurs basée sur une démarche partenariale et collaborative. Après un an de mise en œuvre, les résultats sont encourageants. On observe une réduction significative du delta entre les orientations demandées et celles obtenues, ce qui témoigne, in fine, d'une amélioration de la coordination des soins. Ce parcours innovant montre des signes prometteurs d'amélioration dans la prise en charge des personnes âgées et pourrait servir de modèle pour d'autres territoires. Ce dispositif est actuellement renforcé par le déploiement d'actions dédiées au retour à domicile. Le travail conjoint avec les MSP du territoire, permet, via un binôme infirmier, la réalisation de visites à domicile visant à évaluer, sécuriser et accompagner les situations les plus complexes, et ainsi éviter les réhospitalisations.

DONNER UNE FORME PLUS LISIBLE À L'ORGANISATION EXISTANTE

Beaucoup de coordinations reposent aujourd'hui sur des relations de travail construites au fil du temps. Ce guide ne les remplace pas : elle propose des outils simples (schémas, tableaux « qui fait quoi », repères thématiques) pour rendre visible ce qui se fait déjà et faciliter l'arrivée de nouveaux acteurs (nouvelle CPTS, nouveau coordinateur, nouveau partenaire institutionnel, etc.).

OUTILLER LES TEMPS DE TRAVAIL COLLECTIF POUR SÉCURISER LES SUITES

De nombreuses réunions territoriales produisent déjà des constats riches et des pistes d'action. Ce qui manque parfois, ce sont des supports communs pour passer de l'échange à une mise en œuvre structurée. Ce guide propose des questions de cadrage et une trame de plan d'action pour s'assurer qu'à l'issue d'un temps de travail on dispose à minima : d'un périmètre d'action défini, d'une répartition claire des contributions de chacun et de premières étapes à engager.

« LES RENCONTRES DE LA COOPÉRATION TERRITORIALE : UN ÉVÈNEMENT FONDATEUR EN RÉGION OCCITANIE »

Le 2 octobre 2025, près de 270 professionnels de santé et acteurs du territoire se sont réunis au Domaine des Grands Chais à Mauguio, à l'occasion de la première rencontre régionale de la coopération territoriale en santé en Occitanie. Cette journée, organisée à l'initiative de la FACS Occitanie, du Guichet CPTS, et de l'ORU Occitanie, s'est tenue sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie et de l'Assurance Maladie.

Un rendez-vous inédit pour tous les acteurs investis dans la coordination et la coopération en santé, afin de se rencontrer, partager et construire ensemble. Au cœur de cette rencontre : la volonté de favoriser les échanges entre les structures de coordination et de coopération en santé du territoire. Une ambition portée par une dynamique collective visant à améliorer la qualité des soins, fluidifier les parcours de santé, et mieux répondre aux besoins des populations locales. Tout au long de la journée, les participants ont pu assister à des retours d'expériences inspirants, échanger autour des enjeux actuels de la coordination territoriale, et participer à 8 ateliers thématiques dédiés à des problématiques concrètes du terrain.



UNE DIVERSITÉ DE DISPOSITIFS, UNE MÊME AMBITION

Les territoires s'appuient aujourd'hui sur une palette de dispositifs et de démarches territoriales de santé qui n'ont pas le même statut, ni les mêmes missions, mais qui poursuivent une ambition commune : améliorer l'accès aux soins, rendre les parcours de santé plus lisibles, plus fluides et plus équitables pour les populations. Le rôle de ce guide est d'aider à y voir clair et de proposer des outils concrets pour organiser le « Qui, fait quoi » (cf. annexe 1 pour plus de renseignements).

L'objectif de ce panorama est de donner quelques repères opérationnels pour comprendre la place de chacun dans la coordination territoriale :

- **Les CPTS** ont pour objectif principal de fédérer les professionnels de santé libéraux et acteurs de santé d'un territoire pour concevoir, organiser et coordonner des réponses collectives aux besoins de la population. Ses missions sont de coconstruire un projet de santé territorial, d'organiser l'accès au médecin traitant et aux soins non programmés, de structurer des parcours pluriprofessionnels (personnes âgées, pathologies chroniques, etc.), de participer à la gestion de crise sanitaire et de développer des actions de prévention à l'échelle du territoire. Elles agissent à l'échelle des bassins de vie.
- **Les DAC** ont pour objectif principal d'améliorer les parcours de santé, favoriser le maintien à domicile et prévenir les hospitalisations évitables. Ses missions sont de répondre aux demandes d'appui des professionnels (ville, hôpital, social, médico-social), assurer un appui à la coordination des parcours individuels complexes en mobilisant les ressources du territoire, informer et orienter vers les ressources disponibles, et contribuer aux diagnostics partagés et à l'animation territoriale. Ils agissent à l'échelle départementale pour des situations individuelles et des enjeux populationnels.
- **Les D-CLIC** ont pour objectif principal de soutenir et d'appuyer des professionnels des champs de la jeunesse (0-21 ans), en charge des situations individuelles dites complexes. Ses missions principales sont de soutenir les professionnels, de garantir une évaluation clinique globale du jeune, permettre l'élaboration et le suivi d'un projet individualisé, et coordonner les actions des partenaires. Il agit à l'échelle départementale mais n'existe pas encore sur tous les départements d'Occitanie.
- **Les dispositifs d'expertises régionaux et dispositifs spécifiques régionaux** ont pour objectif principal d'être le référent régional sur une pathologie ou une thématique (diabète, oncologie, maladies respiratoires...). Leurs missions varient d'un dispositif à un autre en fonction de la pathologie ou thématique d'expertise qui est la leur, en apportant aux professionnels du secteur sanitaire, social ou médico-social un appui spécialisé et une expertise en soutien des patients et des projets de santé. Ils agissent à l'échelle régionale.
- **Les CLS** ont pour objectif principal de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ses missions principales sont de piloter la territorialisation des politiques de santé et l'intégration de la santé dans toutes les politiques (inter-institution et intersectorialité) ; et d'identifier des priorités locales de santé, définir un projet politique local de santé publique partagé avec l'ensemble des acteurs locaux pour agir sur les déterminants sociaux de santé (logement, mobilité, environnement, insertion).
- **Les CLSM** correspondent à l'axe santé mentale d'un CLS, ils s'appuient sur une gouvernance dédiée.
- **Les PTSM** ont pour objectif principal d'améliorer l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Leurs missions principales sont de coconstruire avec les partenaires du territoire un plan d'action stratégique en santé mentale sur 5 ans, de structurer les parcours en santé mentale (prévention, repérage, diagnostic, accès et coordination des parcours de soins, accompagnement et insertion sociale) et de participer à la promotion de la santé mentale et à la déstigmatisation des troubles psychiques. Ils agissent à l'échelle départementale.

- **Les Communautés 360** ont pour objectif principal de fédérer les acteurs spécialisés et de droit commun afin de proposer un étayage global et inclusif à toute personne en situation de handicap, à proximité de son lieu de vie. Ses missions principales sont d'offrir un point d'entrée unique d'information et d'orientation pour les personnes en situation de handicap, de coordonner les ressources (sanitaire, médico-social, social, éducation, emploi...) et de soutenir les projets de vie et prévenir les ruptures. Il agit à l'échelle départementale.
- **La coordination territoriale des parcours de soins urgents et non programmés** mise en œuvre par l'ORU a pour ambition de coordonner les acteurs, sur l'ensemble des territoires d'Occitanie, pour fluidifier les parcours de soins urgents et non programmés. Ses missions principales sont d'apporter un appui aux acteurs du territoire en vue d'anticiper les tensions, de réduire les taux de passages évitables aux urgences et de renforcer la coordination des parcours de soins en développant les coopérations interprofessionnelles. Elle agit à l'échelle départementale et régionale.
- **Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et Équipes de Soins Primaires (ESP)** sont des effecteurs de soins qui ont pour objectif principal de regrouper des professionnels de soins primaires autour d'un projet de santé. Les missions principales de ces équipes sont de proposer des parcours de soins coordonnés à leurs patients, et dans le cadre du projet de santé qui est le leur, de participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Elles agissent à l'échelle locale.
- **Les Centres de Santé** sont des effecteurs de soins qui ont pour objectif principal d'offrir des soins de premier recours. Dans le cadre de la coopération territoriale, ils peuvent contribuer à des parcours structurés et des actions de prévention, en jouant un rôle de porte d'entrée pour les publics éloignés du système de santé. Ils agissent à l'échelle locale.
- **Les Établissements de santé** ont des effecteurs de soins qui ont pour objectif principal d'assurer les soins hospitaliers et spécialisés sur un territoire. Dans le cadre de la coopération territoriale, ils peuvent organiser les entrées et sorties des patients en lien avec les CPTS, les DAC, les acteurs de ville ou encore du médico-social. Ils peuvent également déployer des programmes spécifiques comme de l'ETP ou des consultations avancées. Ils agissent à des échelles variables selon leur implantation et leur spécialisation.

UNE MÉTHODOLOGIE DE COOPÉRATION AU SERVICE DES TERRITOIRES

À l'issue des échanges et des travaux menés lors de la rencontre de la coopération territoriale, la FACS, le Guichet CPTS et l'ORU vous proposent un cadre méthodologique commun visant à soutenir et structurer les démarches de coopération entre acteurs de la coordination en santé.

Cette proposition s'inscrit comme un repère partagé, fondé sur les besoins exprimés par les participants : interconnaissance, **partage d'outils, expérimentation d'actions communes...** Deux outils vous sont proposés :

- **Une méthodologie** en cinq étapes complémentaires pour favoriser la coopération entre acteurs
- **Quatre questions de cadrage** rapide pour initier une action partenariale

Pensé comme un cadre souple, cette méthodologie n'a pas vocation à être prescriptive. Elle peut être mobilisée et adaptée par les acteurs locaux en fonction de leurs contextes, de leurs ressources et de leurs objectifs, qu'il s'agisse de coopérations entre deux partenaires ou de dynamiques impliquant un nombre plus important d'acteurs. Elle vise avant tout à **faciliter le dialogue, à renforcer la confiance et à soutenir l'émergence de pratiques collaboratives durables au service des parcours de santé.**

COOPÉRER PAS À PAS : CINQ ÉTAPES MÉTHODOLOGIQUES

1

RÉALISER UN ÉTAT DES LIEUX PARTAGÉ

Qui est là ? Que faisons-nous ?
Où y a-t-il des difficultés



OBJECTIF : PARTAGER LA MÊME PHOTOGRAPHIE DU TERRITOIRE

- Recenser les dispositifs, les publics, les zones
- Identifier les « trous » dans la raquette
- Établir une grille de recensement pour établir rapidement le « Qui, fait quoi »

2

POSER DES RÈGLES DE TRAVAIL COMMUNES

Rôles, décisions,
Rythme des échanges



OBJECTIF : CONNAÎTRE SON RÔLE ET SAVOIR COMMENT NOUS DÉCIDONS

- Définir le « Qui fait quoi » (Responsables, Partenaires, Livrables)
- Définir une charte de travail commune : règles de fonctionnement du partenariat
- Clarifier les circuits d'information et adressage

3

METTRE EN ŒUVRE DES OUTILS SIMPLES

Annuaire, Calendrier,
Tableau d'actions



OBJECTIF : FACILITER LA COOPÉRATION

- S'appuyer sur des outils frontières* simples et partagés entre les acteurs et parties prenantes
- Mutualiser des outils numériques et projets : *tableau, calendrier, Médimail, ...*
- Établir des procédures communes à partir des situations les plus fréquentes

4

EXPÉRIMENTER ET STRUCTURER DES COOPÉRATIONS

Mesures simples,
ajustement, essai



OBJECTIF : CAPITALISER ET ANCRER LA COORDINATION DANS VOS PRATIQUES

- Lancer des actions communes et vérifier que cela fonctionne dans le temps
- Tester et ajuster l'articulation entre les dispositifs
- Formaliser les enseignements

5

VÉRIFIER L'EFFICACITÉ ET [RÉ]AJUSTER

(si nécessaire)
Mesures simples,
ajustement, essai

OBJECTIF : VÉRIFIER LA « PLUS-VALUE »

- Identifier 3 indicateurs simples (démarche SMART)
- Réaliser des retours d'expérience - Revue trimestrielle
- Essaimer, diffuser et étendre sur un territoire pertinent

*C'est quoi un outil frontière ?

Un outil frontière est un support ou objet partagé entre plusieurs structures aux cultures, missions et fonctionnements différents. Il ne vise pas à uniformiser, mais à structurer le dialogue, rendre visible ce qui est implicite, et faciliter la coopération au quotidien.

Cela permet notamment : de s'aligner sur une compréhension commune (qui fait quoi, quand, comment), de fluidifier les interactions (moins de doublons, meilleure orientation), de soutenir la dynamique dans le temps (visibilité, suivi, ajustement).

Un bon outil frontière est : simple à comprendre, utile pour plusieurs acteurs, évolutif, et adapté au terrain.

QUATRE QUESTIONS DE CADRAGE RAPIDE POUR LANCER UNE ACTION PARTENARIALE

4 QUESTIONS : UN CADRAGE RAPIDE

DISPOSITIF N°1

1 Pour qui agissons-nous ?



Public, enjeu prioritaire

2 Quelle valeur ajoutée pour notre structure ?



En 1 phrase

3 Avec qui agir ?



Partenaires clés, rôles

4 Quels résultats visibles ?



1 indicateur / objectif max

EXEMPLE : UNE ACTION PARTENARIALE POUR LES PATIENTS D'HOSPITALISATION DE +65 ANS ET SANS MT

CPTS / RCT

1 Pour qui agissons-nous ?



Patients sans MT + de 65 ans
En sortie d'hospitalisation

2 Quelle valeur ajoutée pour notre structure ?



Créneaux dédiés

3 Avec qui agir ?



CH - DAC

4 Quels résultats visibles ?



Plus de 60% des RDV honorés en moins de 48h

CIRCUITS D'INFORMATION, PARTAGE DE DONNÉES ET RGPD : SE DONNER DES RÈGLES SIMPLES

La coopération entre dispositifs implique des échanges fréquents d'informations, parfois sensibles. Pour fonctionner en confiance, il est essentiel de poser un cadre clair et partagé, sans alourdir les pratiques.

- ➔ **Définir qui partage quoi, avec qui et dans quelles conditions**
(ex. : sortie d'hospitalisation, coordination d'un parcours complexe, programme de prévention...)
- ➔ **Utiliser des outils sécurisés pour les échanges :**
 - messageries MSSanté, plateformes de coordination, logiciels agréés.
- ➔ **Vérifier que les solutions numériques utilisées sont hébergées**
 - sur des serveurs certifiés HDS (Hébergement de Données de Santé).
- ➔ **Respecter les grands principes du RGPD :**
 - S'assurer d'une base légale (intérêt public, coordination des soins...),
 - Informer les personnes concernées,
 - Tracer les accès et les partages de données.

L'essentiel : sécuriser les échanges sans bloquer la coopération, avec des règles simples, proportionnées et comprises de tous.



PARTIE 2 - RETOURS D'EXPÉRIENCE DES ATELIERS THÉMATIQUES

Les fiches de restitution présentent les enseignements issus des ateliers thématiques organisés dans le cadre de la journée de la coopération territoriale du 02 octobre 2025.

Chaque fiche traduit la **synthèse des échanges entre les participants** autour d'une **problématique spécifique**, et met en évidence les constats partagés, les freins rencontrés, les leviers identifiés et les pistes concrètes pour **renforcer l'intercoordination** territoriale.

La lecture des fiches s'appuie sur une **méthodologie commune** en cinq étapes (état des lieux, cadre de travail commun, outils et procédures partagés, expérimentation, évaluation et suivi) qui permet de faire émerger **des propositions opérationnelles** à partir des expériences et pratiques locales.

Ces éléments ont vocation à alimenter la construction d'**un socle commun de coopération entre dispositifs** et à guider les prochaines étapes de projets d'intercoordination territoriaux.

ATELIER ACCÈS AUX SOINS

CONTEXTE DE LA THÉMATIQUE

La thématique « accès aux soins » s'inscrit dans une réflexion collective sur l'amélioration de la coordination territoriale en santé. Elle interroge les freins et leviers en matière d'accès aux soins.

Problématiques identifiées :

- « Comment faciliter l'accès à un médecin traitant pour tous les usagers du territoire ? »
- « Comment fluidifier l'orientation et l'entrée en structure spécialisée ? »
- « Comment garantir un accès adapté aux soins pour les publics vulnérables ? »

À partir de situations concrètes et d'expériences locales, les participants ont analysé les freins rencontrés, identifié des leviers d'action et partagé des outils, des pratiques et des expérimentations existantes. Ces travaux visent à renforcer la lisibilité des parcours, à améliorer la coordination entre acteurs et à sécuriser les trajectoires de soins sur l'ensemble du territoire.

FREINS ET LEVIERS

Freins observés :

- Évolution sociale et démographique (accroissement des maladies chroniques et vieillissement de la population)
- Difficulté de dépistage et de repérage
- Baisse du nombre de médecins traitants et d'experts
- Niveau d'interconnaissance entre les différents acteurs, temps dédié au « hors soins »
- Craintes autour de la notion de responsabilité et de la RGPD
- Peu de structures spécialisées et manque de places en structures existantes
- Transport
- Accessibilité et géographies des lieux, territoire
- Précarité et isolement : famille monoparentale, étudiants, personnes âgées, ...
- Aspects éducatifs et culturels (langue, ...)
- Difficulté à analyser la notion de « vulnérabilité » dans tout ce que cela recouvre

Leviers identifiés :

- Télémédecine et téléexpertise et élargissement des compétences (IPA, ...) et du panel via Docteurs Juniors
- Renforcer la collaboration : réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), retex
- Démarche d'aller-vers : équipe mobile (médiateurs), médico-bus, ...
- Exercice coordonné et nouvelles pratiques : DALIA, accès direct, parcours de soins, ...
- Transport solidaire
- Renforcer la lisibilité et l'interconnaissance des acteurs : EHPAD, CPTS, CLS, CCAS, DAC, DR, Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO), médico-social, ...
- Formation des professionnels : MSU, outils numériques partagés, ...
- Dispositifs de régulation et outils numériques : 48H CHRONO, DMP, ICOPE, SAS, annuaire partagé, messagerie sécurisée, formulaire de signalement
- Communication et ateliers dédiés à la fois pour les PS et les usagers
- Patients partenaires
- Pair-aidant

RESTITUTION DES ATELIERS

	Accès à un médecin traitant (MT) pour tous les usagers	Fluidifier l'orientation et l'entrée en structure spécialisée	Accès adapté pour les publics vulnérables
État des lieux diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Publics concernés : tous - Dispositifs : CPTS, CLS - Partenaires : associations, collectivités locales (politique de la ville), universités (formation MSU), pair-aidant, ARS « zone de Solidarité » 	<ul style="list-style-type: none"> - Publics concernés : tous - Dispositifs : CPTS, CLS, DAC - Partenaires : pair-aidant, ORU, C360, collectivités locales (CCAS), MDPH, structures spécialisées par typologie (périmètre, champ d'action) 	<ul style="list-style-type: none"> - Publics concernés : précarité, handicap, âge, isolement, mobilité - Dispositifs : DAC, CPTS, CLS, CRT, DR, PASS, SSIAD, CMPP, SESSAD, équipes mobiles - Partenaires : pair-aidant, associations, C360 collectivités locales (CCAS, politique de la ville), MDPH, MDS, CCAS, CPAM (APA)
Cadre de travail commun	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination renforcée via les - CPTS : critères de priorisation, repérage, gestion des demandes - Collectivités locales sur le volet attractivité du territoire et dans le cadre du Contrat Local de Santé - ARS / AAP 	<ul style="list-style-type: none"> - Convention de partenariats - Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale - Partenariats renforcés avec l'écosystème territorial au sens large (dispositifs + partenaires) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier un référent public vulnérable ou une personne ressource - Conventions de partenariats - Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale - Partenariats renforcés avec l'écosystème territorial au sens large
Outils et procédures partagés	<ul style="list-style-type: none"> - Annuaire des MT - Recensement des projets MG - Téléconsultation - Formulaire de recherche de MT - Transport médical partagé - Outils : Téléconsultation, Médico-bus, SPICO, Omnidoc, plateforme de réservation en ligne, DMP 	<ul style="list-style-type: none"> - Téléexpertise - Réunions associant acteurs/partenaires de la vulnérabilité - Observatoire Régional des Urgences : mise à disposition d'information relatives aux places disponibles dans les établissements - Transport médical partagé - Réunion de concertation pluridisciplinaire - Outils : Viatrajectoire, Omnidoc, SPICO, Medimail 	<ul style="list-style-type: none"> - Annuaire actualisés de ressources territoriales - Téléexpertise - Réunions associant acteurs/partenaires de la vulnérabilité - Procédures de relais entre dispositifs sanitaires et sociaux - Transport médical partagé - Réunion de concertation pluridisciplinaire - Outils : DMP, SPICO, SIAO, Omnidoc, FALC, plateformes d'interprétariat, plateforme numérique de partage, de réservation
Expérimenter	<ul style="list-style-type: none"> - Aide à l'installation - Formations : IPA, MSU, ETP, Prévention - Docteur Junior - Numéro unique de demande de MT - Dispositif Ambulatoire Libéral Innovant d'Accès aux Soins (DALIA) - Dispositifs mobiles et bus itinérants - Inter coordination en lien avec les MSP - Renforcer les collaborations MG et MSP - CESP : Contrat d'Engagement de Service Public - Lien avec des adultes relais dans le cadre de la QPV 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un dispositif d'alerte/repérage - Promotion du dispositif ICOPE - Coordination DAC/CPTS - CRT : la Cop (Communauté de Pratiques) - Dispositifs mobiles et bus itinérants - Permanences partagées et "aller vers" - Conventions inter structures pour continuité du parcours / lien ville-hôpital / lettre d'adressage, départements / CPTS 	<ul style="list-style-type: none"> - Ateliers et Communication : Santé en Ville, promotion du dispositif ICOPE - Coordination DAC / CPTS - CRT : la Cop (Communauté de Pratiques) - Dispositifs mobiles et bus itinérants - Permanences partagées et "aller vers" - Rencontre pluriprofessionnelle avec études de cas. - Conventions inter structures pour continuité du parcours. / Lien ville Hôpital - Lien avec des adultes relais dans le cadre de la QPV - Médiation numérique pour publics éloignés
Évaluer	<ul style="list-style-type: none"> - % de patients sans MT par âge, par typologie de pathologie - Délai pour disposer d'un MT - % de téléconsultation / consultation - Évolution de la patientèle par MT - Suivi de l'évolution des MT sur le territoire - Nombre de MSU sur le territoire - Évolution du nombre de MSU 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et typologie d'acteurs mobilisés avant l'entrée en structure spécialisée - Délai moyen entre la demande d'entrée et l'entrée en structure - Nombre d'entrées en structure spécialisée - Typologie des entrants en structure spécialisée - Nombre d'entrée lié à une démarche d'alerte / repérage - Taux d'utilisation du TMP - Taux de consultation du DMP - Délai moyen de remplissage des lits 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs de recours aux expertises pour publics vulnérables - Suivi qualitatif des parcours accompagnés - Évaluation satisfaction et continuité de l'accompagnement - Retours croisés entre dispositifs - Mesure de l'impact territorial des dispositifs mobiles - Taux d'utilisation du TMP - Taux de consultation du DMP

ATELIER PRÉVENTION

CONTEXTE DE LA THÉMATIQUE

La thématique « prévention » s'inscrit dans une réflexion collective sur l'amélioration de la coordination territoriale en santé. Elle interroge les freins et leviers de la démarche préventive auprès des enfants, personnes âgées ou encore auprès des personnes atteintes de maladie chronique.

Problématiques identifiées :

- « *Comment renforcer et rendre lisible l'offre de prévention en faveur des enfants ?* »
- « *Comment se coordonner pour rendre lisible et renforcer la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ?* »
- « *Comment intégrer la prévention dans les parcours des personnes atteintes de maladie chronique grâce à la coordination des acteurs ?* »

Les participants ont analysé les freins à l'appropriation des dispositifs, les disparités territoriales et les difficultés de mobilisation des publics. Ils ont également identifié des leviers, des outils et des bonnes pratiques permettant de renforcer l'impact des actions menées. Ces travaux contribuent à construire une stratégie territoriale partagée, favorisant la continuité, la cohérence et l'efficacité des démarches préventives.

FREINS ET LEVIERS IDENTIFIÉS

Freins observés :

- Manque d'implication de certains professionnels de santé
- Disparités des spécialistes sur le territoire
- Hétérogénéité de la population sur la sensibilité à la démarche de prévention
- Difficulté d'appropriation d'un programme de prévention
- Difficultés liées au repérage des situations et des profils (isolement)
- Manque de continuité dans les projets mis en œuvre
- Morcellement des informations, moindre lisibilité et visibilité de certaines ressources et dispositifs

Leviers identifiés :

- Travailler en partenariat avec les acteurs du territoire et notamment ceux mieux connus sur le volet prévention : MDA, associations, Éducation nationale / parents, ...
- Pluralisme et diversité d'acteurs
- Les actions basées sur une démarche d'équipes mobiles orthophonistes, prévention bucco-dentaire, ...
- Mutualiser des actions et s'appuyer sur des campagnes de prévention, exemple « BonÉtéBonsRéflexes »

RESTITUTION DES ATELIERS

	La prévention en faveur des enfants	La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées	La prévention dans les parcours des personnes atteintes de maladie chronique
État des lieux diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Publics concernés : enfants - Dispositifs : CPTS, CLS, MDA, DAC, DRAPPS, PASS (Permanence d'Accès aux soins en santé) - Partenaires : CCAS, Conseil Départemental (PMI, ASE, MDPH), Éducation nationale, association, CPAM, ARS, pairs-aidants, PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), Dispositifs Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (DITEP), Association ADOSEN, ANCT, Promotion Santé Occitanie, CPAM - Ressources : DGCS, HCSP, HAS 	<ul style="list-style-type: none"> - Publics concernés : personnes âgées de 60 ans et plus - Dispositifs : Structures d'accueil et Commission des Usagers (CDU), Conseil de la vie sociale (CVS), PASS, CPTS, DAC, CLS DR, PASS, CICAT (centres d'information et de conseil en aides techniques), DRAPPS, - Partenaires : CCAS, conseil départemental, mutuelles, caisses complémentaires, MSP, ADMR « Vigilance Séniors », CPAM (APA), pair-aidants, Maison des Aînés et des Aidants, DGCS, CNSA, Promotion Santé Occitanie - Ressources : HSCP, HAS (repérage) 	<ul style="list-style-type: none"> - Publics concernés : précarité, handicap, âge, isolement, mobilité. - Dispositifs : CPTS, CLS, DAC, DR, PASS, CICAT, DRAPPS - Partenaires : ANACT (Prev Camp), CPAM (APA), conseil départemental (MDPH), pairs-aidants, Promotion Santé Occitanie, Occitan'air.
Cadre de travail commun	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier un référent « prévention » auprès des enfants ou une personne ressource - Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale et partenariat renforcé 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier un référent « perte d'autonomie de la personne âgée » ou une personne ressource - Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale - Partenariat renforcé avec les partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier un référent « maladie chronique » ou une personne ressource - Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale et partenariat renforcé
Outils et procédures partagés	<ul style="list-style-type: none"> - Annuaire des ressources territoriales - N° National : Allô 119 - Réunions associant les acteurs de la prévention - Procédures de relais ETP - Lien ville-hôpital - Outils : Outils de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Programme ICOPE - Formation IDEC / IPA - N° National, exemples : 3114, L'écoute-famille UNAFAM, Fil Santé Jeune - Lien ville-hôpital - CNSA : offres de soutien psychologique et de formation à destination des aidants - CDU / CVS - Outils : SPICO, outils de communication, via trajectoire, Vigilance Séniors, télésurveillance médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Annuaire actualisés de ressources territoriales - Action de dépistage - ETP / Lien ville-hôpital - Formation IDEC / IPA - N° Nationaux - Réunions acteurs de la prévention - Procédures de relais entre dispositifs sanitaires et sociaux - Guide d'accessibilité territoriale - Outils : SPICO, Plexus, globules, outils de communication, télésurveillance médicale
Expérimenter	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositifs mobiles et bus itinérants - Conventions et partenariats - Signalement / cellule cas complexe - ARPEJ Occitanie - le PEPA (Point Écoute Parents Adolescents) - Ateliers - Campagne de dépistage (ORL, ...) - Médiation numérique - Appels à projet : ANCT, ARS... - Contrat de ville (ARS / CPAM) 	<ul style="list-style-type: none"> - Commission des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA) au près des 60 ans et + : soutien financier à des actions collectives - Équipe mobile gériatrie - Organisation de forum dédié à la perte d'autonomie - Formulaire de signalement - Conventions partenariales : exemple CPTS / département avec échanges réguliers 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation dédiée aux dépistages des MC - Dispositifs mobiles et bus itinérants. - Permanences partagées et "aller vers" - Soirées pluriprofessionnelles avec études de cas - Conventions inter structures pour continuité du parcours - Patient Traceur - Médiation numérique
Évaluer	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de conventions actives - Nombre et typologie de campagnes de prévention - Taux de vaccination - Nombre de dépistages par âge et par typologie - Délai moyen entre une « alerte » et un diagnostic - Taux de jeunes enfants ayant un médecin traitant déclaré - Nombre moyen de prise en charge en matière de nutrition, santé mentale - Étude de satisfaction auprès des publics concernés et des pair-aidants 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes intégrées au programme ICOPE - Nombre / typologie de campagnes de prévention - Nombre de conventions actives - Nombre de cas suivi par an / par acteur - Étude de satisfaction : publics concernés et des pair-aidants 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs de recours aux expertises - Nombre et typologie de campagnes de prévention - Délai moyen entre 1ère consultation et diagnostic « final » - Nombre de personnes formées aux dépistages des MC - Suivi qualitatif des parcours - Évaluation satisfaction et continuité de l'accompagnement - Nombre de conventions actives - Étude de satisfaction auprès des publics concernés et des pairs-aidants

ATELIER SOINS NON-PROGRAMMÉS

CONTEXTE DE LA THÉMATIQUE

La thématique « soins non programmés » s'inscrit dans une réflexion collective sur l'amélioration de la coordination territoriale en santé. Elle interroge la manière dont les expertises (médicales, paramédicales, sociales et médico-sociales) peuvent être mobilisées, articulées et rendues accessibles pour répondre aux besoins des usagers, en particulier dans les situations complexes ou spécifiques.

Problématiques identifiées :

- « *Comment garantir un accès aux soins urgents et non programmés pour tous les usagers du territoire ?* »
- « *Dans le cadre des soins urgents et non programmés, comment fluidifier les sorties d'hospitalisation et retours à domicile ?* »
- « *Comment garantir une offre de soins urgents et non programmés adaptée aux publics vulnérables ?* »

À partir de situations de terrain, les participants ont identifié les freins organisationnels, les limites des outils existants et les difficultés d'articulation entre acteurs. Ils ont également mis en lumière des leviers, des dispositifs et des expérimentations favorisant une meilleure coordination. Ces travaux visent à renforcer l'anticipation, la lisibilité des parcours et la qualité des prises en charge.

FREINS ET LEVIERS IDENTIFIÉS

Freins observés :

- Manque d'ASS dans les établissements
- Manque d'anticipation dans le repérage des situations complexes
- Différences de temporalité entre les différents acteurs
- Manque d'harmonisation numérique : outils différents pour le repérage des situations
- Manque d'interconnaissance entre acteurs et méconnaissance des missions précises
- Sous dotation dans l'offre en soins
- Passages itératifs par non-observance

Leviers identifiés :

- Anticipation des parcours post-hospitalisation avec repérage précoce des situations complexes
- Formalisation des rencontres partenariales avec les établissements sanitaires et médico-sociaux
- Formation spécifique des cadres de santé à la connaissance des dispositifs existants
- Renforcement des collaborations avec l'ARS : mise en place de comités de pilotage
- Renforcement d'une démarche « d'aller vers » notamment pour les publics vulnérables via les équipes mobiles santé-précarité
- Renforcer les communications sur les rôles de chacun
- Utilisation effective du DMP
- Mise en place d'un annuaire unique des contacts
- Développement et recours à la téléconsultation
- Déploiement large des prescriptions anticipées
- Rôle fédérateur du CLS

BONNES PRATIQUES, OUTILS ET EXEMPLES CONCRETS

RESTITUTION DES ATELIERS

	Accès aux soins urgents et non programmés pour tous les usagers	Fluidification des sorties d'hospitalisation et retours à domicile	Offre adaptée aux publics vulnérables
État des lieux – diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositifs concernés : SAS, centre 15, MMG, CSNP, médecine libérale, téléconsultations, urgences, SOS médecin, SDIS, CPTS, MSP, DAC, ORU, ARS, CPAM, - Accès complexe et inégal selon le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositifs concernés : CPTS, DAC, ORU, CPAM, CRT, hôpitaux et cliniques, STA, EPAP - Difficultés dans l'anticipation des sorties et le repérage précoce des situations complexes 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositifs concernés : CPTS, DAC, CLS, MSP, équipes mobiles santé précarité, CLIC, Handiconsult, PASS, SAS, SDIS - Manque de lisibilité dans l'offre - Manque de connaissance des dispositifs spécifiques
Cadre de travail commun	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un guichet unique d'accès aux différents dispositifs de coordination - Renforcer la connaissance des missions de chacun - Développement d'un langage commun entre acteurs - Mise en place de « référents parcours » pour la structuration des liens ville-hôpital - Développement d'une meilleure lisibilité sur les parcours 	<ul style="list-style-type: none"> - Clarification des ressources disponibles pour organiser les sorties d'hospitalisation : numéro unique - Déploiement des rencontres partenariales avec les équipes hospitalières - Développement de l'interconnaissance avec les Bed Managers des établissements - Anticipation du repérage des patients en situation de précarité - Anticipation à maxima des projets en sortie d'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Ancrage dans une démarche « d'aller vers » les publics vulnérables - Développement d'une meilleure connaissance des acteurs de la précarité - Recours à un annuaire des professionnels spécialisés - Recours aux équipes mobiles précarité - Appui des ARS pour recours aux dispositifs spécifiques (handicap, précarité, vieillissement)
Outils et procédures partagés	<p>Outils : SPICO, téléconsultation, Doc-tolib, DMP, logiciels SAS, Drive HDS, fiches de liaisons</p>	<p>Outils : SPICO, TELCO, CMU</p>	<p>Outils : OMNIDOC, 48h chrono, projet 'Le Lien » CHU Montpellier, DMP, SPICO, SPICO Discussion</p>
Expérimenter	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le rôle des régulations pour mieux orienter - Renforcer l'offre d'accès à des centres de soins non programmés - Structuration de filières internes aux établissements pour les soins non programmés sur des globalités de parcours - Déployer la mise en place d'assistants médicaux et IPA - Renforcer les communications inter CPTS et mettre en place des groupes de travail mutualisés - Renforcer la prévention et « mieux éduquer » à la santé - Promouvoir l'ensemble des outils innovants 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositif EPAP : Équipes Prêtes A Partir - Présence d'un coordonnateur(trice) DAC au sein des urgences - IDE DAC dédiée aux sorties d'hospitalisation - Création d'une plateforme de sortie au sein des établissements de santé - Mobilisation de grilles d'alerte pour le repérage des situations complexes 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer des PASS - Développer le recours à la téléconsultation pour les publics vulnérables - Diffuser la mise en place de prescriptions anticipées - Instaurer une permanence des dispositifs de coordination au sein des établissements de santé - Déployer des RCP pour patients vulnérables avec les acteurs de la précarité - Instaurer un signalement au DAC des patients « vulnérables » dès l'appel au centre 15 pour prise en charge globale du parcours - Structurer des filières de prises en charges complexes - Cellules ville-hôpital avec présence des services de justice
Évaluer	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des passages itératifs - Promotion de la démarche d'amélioration qualité avec état des lieux, évaluation des actions mises en place et plans de réajustements - Développer la promotion de la recherche par les publications sur les différentes expérimentations mises en place 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de COPIL avec les tutelles et instances - Indicateurs de suivi du nombre de parcours complexes et ruptures de parcours 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des passages itératifs et profils vulnérables - Suivi qualitatif des parcours - Évaluation satisfaction et continuité de l'accompagnement - Étude de satisfaction auprès des publics concernés et des pairs-aidants

ATELIER PARCOURS DE SANTÉ ET EXPERTISES

CONTEXTE DE LA THÉMATIQUE

La thématique « Parcours de santé et expertises » s'inscrit dans une réflexion collective visant à améliorer la coordination territoriale en santé. Elle interroge la mobilisation, l'articulation et l'accessibilité des expertises médicales, sociales et médico-sociales, notamment dans les situations complexes, autour de trois enjeux : l'accès pour les usagers, la coordination pour les professionnels et l'adaptation aux publics vulnérables.

Problématiques identifiées :

- « *Comment améliorer et faciliter l'accès aux expertises médicales, sociales et médico-sociales pour les usagers ?* »
- « *Comment structurer les parcours de santé coordonnées entre les différentes expertises au bénéfice des professionnels ?* »
- « *Comment garantir un accès adapté aux expertises pour les publics vulnérables ?* »

Ces constats soulignent la nécessité de structurer un cadre d'intercoordination afin de mieux relier les expertises, clarifier les rôles et garantir un accès équitable aux ressources sur le territoire occitan.

FREINS ET LEVIERS IDENTIFIÉS

Freins observés :

- Multiplication et superposition des dispositifs (perception de "millefeuille")
- Manque d'interconnaissance entre acteurs et méconnaissance des missions précises
- Manque d'harmonisation numérique et défi de la précarité numérique
- Difficultés d'accès aux expertises (délais d'attente, disparités territoriales, mobilité...)
- Manque de formation de certains professionnels à la coordination
- Turn-over et temporalités différentes selon les secteurs
- Problèmes d'accessibilité pour publics vulnérables (barrière de la langue, handicap, démarches administratives...)

Leviers identifiés :

- Développer l'interconnaissance (rencontres partenariales, formations croisées)
- Centraliser l'accès aux expertises (guichet unique)
- Améliorer la communication sur le « qui fait quoi ? »
- Mobiliser le numérique (outil de coordination e-parcours SPICO, Dossier Médical Partagé, téléexpertise, téléconsultation...)
- Mutualiser les actions (charte de coopération, conventions)
- Développer les démarches d'aller-vers (équipes mobiles, bus itinérants)
- Reconnaître la participation des professionnels (rémunération)
- Soutien des institutions pour structurer les coopérations intersectorielles

BONNES PRATIQUES, OUTILS ET EXEMPLES CONCRETS

RESTITUTION DES ATELIERS

	Accès aux expertises pour les usagers	Structuration des parcours pour les professionnels	Accès adapté pour les publics vulnérables
État des lieux – diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositifs multiples : DAC, CLIC, CLS, CPTS, PASS, C360, etc.) - Accès complexe et inégal selon le territoire - Manque de lisibilité de l'offre pour le grand public 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'initiatives DAC, CLS, CPTS, MSP, équipes spécialisées - Recensement d'articulations territoriales (exemple DAC66-CLS-CPTS, Occitadys, ORU maladies rares) - Exemple d'accord DAC / département sur coordination des situations complexes 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositifs multiples : DAC, CPTS, DR, PASS, C360, équipes mobiles, associations
Cadre de travail commun	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un guichet unique d'accès aux expertises (SPDA, DAC) - Transformation des conventions en chartes de coopération co-construites - Développement d'un langage commun entre acteurs - Identification d'un référent d'accès ou personne ressource pour accompagner les usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - Structurer la coordination territoriale autour du DAC - Clarifier missions et responsabilités de chaque dispositif - Identifier des référents / interlocuteurs privilégiés - Favoriser la culture commune (formations croisées, subsidiarité, langage partagé) - Formalisation de fiches "qui fait quoi" pour chaque structure 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier un référent public vulnérable ou personne ressource - Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale autour de ces publics - Partenariat renforcé avec collectivités, CCAS, associations - Cadre commun de repérage et d'accompagnement
Outils et procédures partagés	<ul style="list-style-type: none"> - Outils utilisés : SPICO, téléconsultation, Doctolib, Hellocare, campagnes nationales, pair-aidance, ETP, application « 1000 premiers jours », Mon Espace Santé - Numériques : SPICO, DMP, ViaTrajectoire, Mon Espace Santé - Plans personnalisés d'accès aux soins - Supports de communication simplifiés : plaquettes, campagnes locales, répertoires - Multicanal : réseaux sociaux, téléphone, mail pour contact direct avec usagers - Création d'un kit "orientation santé" co-produit avec les acteurs du territoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Outils utilisés : réunions de coordination, conventions, téléexpertise, staffs communs - Outils numériques interopérables : SPICO, téléexpertise, ViaTrajectoire, DMP - Fiches de liaison, comptes rendus, protocoles - Réunions intercoordination, journées co-construites - Charte de coopération territoriale - Répertoire partagé des expertises territoriales 	<ul style="list-style-type: none"> - Outils utilisés : SPICO, SIAO, Omnidoc, FALC, Medicobus, plateformes d'interprétariat - Annuaires actualisés de ressources territoriales - Réunions associant acteurs de la vulnérabilité (MDPH, CAF, services sociaux) - Répertoires en ligne FALC - Procédures de relais entre dispositifs sanitaires et sociaux - Guide d'accessibilité territoriale
Expérimenter	<ul style="list-style-type: none"> - Guichet unique pilote - Rencontres territoriales et concertations locales - Déploiement de la téléexpertise directe - Expérimenter un "référent unique d'accompagnement" 	<ul style="list-style-type: none"> - RCP intersectorielles - Journées départementales co-construites - Échanges de pratiques entre dispositifs - Déploiement de conventions types 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositifs mobiles et bus itinérants - Permanences partagées et "aller vers" - Soirées pluriprofessionnelles avec études de cas - Conventions interstructures pour continuité du parcours - Médiation numérique pour publics éloignés
Évaluer	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs pour suivre la mise en œuvre d'une intercoordination structurée : lisibilité, délais d'accès, satisfaction usagers - Suivi du nombre de personnes accompagnées par le guichet unique - Enquêtes qualitatives post-expérimentation 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs pour suivre la mise en œuvre d'une intercoordination structurée : nombre de réunions de concertation, satisfaction des professionnels, qualité perçue sur la fluidité des parcours - Capitalisation des retours d'expérience 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs de recours aux expertises pour publics vulnérables - Suivi qualitatif des parcours accompagnés - Évaluation satisfaction et continuité de l'accompagnement - Retours croisés entre dispositifs - Mesure de l'impact territorial des dispositifs mobiles

SYNTHÈSE CROISÉE DES QUATRE ATELIERS

Les quatre ateliers de la première rencontre de la coopération territoriale en Occitanie ont souligné une **grande richesse des dispositifs et des expertises**. Les territoires disposent d'un écosystème varié (DAC, CPTS, CLS, CLIC...) offrant une base solide pour construire des parcours fluides et adaptés. Cette diversité est une **opportunité pour mutualiser les compétences et créer des synergies**.

Ils révèlent une **volonté partagée de coopération**, marquée par une dynamique collective forte : les professionnels sont motivés pour travailler ensemble, partager leurs pratiques et innover. **L'intersectorialité** est perçue comme un levier majeur pour améliorer la qualité des soins et de la prévention. Les besoins identifiés (interconnaissance, langage partagé, formations croisées) sont autant d'opportunités pour **créer une culture collaborative durable**.

L'accent a été mis sur les **capacités d'innovation et d'adaptation** des acteurs. Les démarches d'"aller-vers", les dispositifs mobiles, la télémédecine et les outils numériques sont déjà présents et peuvent être amplifiés. Les expérimentations locales montrent que des solutions concrètes émergent.

Les quatre thématiques convergent vers une ambition commune : rendre les parcours plus lisibles, fluides et inclusifs, en s'appuyant sur la coopération intersectorielle, l'innovation numérique, l'engagement des acteurs et surtout une **approche centrée sur la personne**.





PARTIE 3 - S'AUTO-ÉVALUER

Dans la continuité de la proposition méthodologique en cinq étapes, la FACS, le Guichet CPTS et l'ORU mettent à disposition des acteurs un outil d'auto-évaluation destiné à accompagner le pilotage des coopérations territoriales.

Conçu comme un support de réflexion collective, cet outil vise à aider les partenaires à prendre du recul sur leurs pratiques, à objectiver leur niveau de maturité coopérative et à identifier les leviers d'amélioration prioritaires. Il ne constitue ni un référentiel normatif ni un instrument de contrôle, mais un appui méthodologique au service du dialogue, de la compréhension mutuelle et de l'amélioration continue.

Adaptable aux réalités locales, la grille d'auto-évaluation peut être mobilisée dans des configurations variées, qu'il s'agisse de coopérations impliquant un nombre restreint d'acteurs ou des dynamiques territoriales plus larges. Elle s'inscrit dans une logique d'appropriation progressive et vise à soutenir, dans la durée, le développement de coopérations lisibles, complémentaires et durables.

POURQUOI S'AUTO-ÉVALUER ?

S'auto-évaluer, c'est avant tout prendre le temps de se situer collectivement : où en est notre territoire dans la mise en œuvre d'une coopération en santé ? Qu'avons-nous déjà construit ? Que reste-t-il à consolider ?

S'auto-évaluer, c'est :

- **Prendre conscience de ses forces et zones de progrès**, en comparant les pratiques actuelles aux grandes étapes méthodologiques de la coopération territoriale (du diagnostic partagé à l'ancrage dans la gouvernance).
- **Clarifier les interfaces entre dispositifs**, comprendre comment chacun contribue à la coordination, et repérer les points de recouvrement ou de friction.
- **Disposer d'un "point zéro" commun** : un état des lieux partagé qui servira de référence pour mesurer les avancées dans le temps.
- **Prioriser les chantiers à lancer rapidement**, à partir des besoins identifiés collectivement.
- **Favoriser l'apprentissage collectif et l'amélioration continue** : l'auto-évaluation est un outil de dialogue, pas de contrôle.

En somme, l'auto-évaluation n'est pas une fin en soi : elle constitue **le premier pas vers un plan d'action partagé et réaliste**, au service d'une coopération territoriale lisible, complémentaire et durable.

La grille d'auto-évaluation proposée vise à **objectiver la progression** de la coopération territoriale à partir d'éléments concrets et vérifiables. Elle ne balaye pas l'ensemble des éléments à évaluer pour favoriser les coopérations territoriales mais permet aux collectifs d'acteurs d'identifier **les leviers déjà activés et ceux à développer**, et surtout de suivre leur évolution dans le temps. C'est un outil de **pilotage** qui peut être utilisé à des fins de **suivi annuel** d'une démarche globale de coopération territoriale.

QUAND L'UTILISER ?

La grille d'auto-évaluation territoriale peut être mobilisée à différents moments clés du cycle de vie d'une démarche collective :

- **Au démarrage d'une coopération** Pour établir un état des lieux partagé (« point zéro ») et poser les bases du diagnostic commun.
- **Lors de la mise en place d'actions concrètes** Afin de vérifier que les missions sont clarifiées, que les outils de coordination sont en place et que les premiers projets sont effectivement lancés.
- **À intervalles réguliers (annuellement ou semestriellement)** Comme outil de suivi et de pilotage, permettant de mesurer les progrès réalisés, d'identifier les leviers encore à activer et de prioriser les chantiers à venir.
- **Lors des bilans collectifs ou des comités inter-dispositifs** Pour nourrir le dialogue entre acteurs, partager les retours d'expérience et ajuster la feuille de route commune.
- **En phase de consolidation ou d'essaimage** Pour objectiver la maturité de la coopération et faciliter son transfert vers d'autres territoires ou dispositifs.

En résumé, cette grille n'est pas un outil ponctuel mais un **instrument de pilotage continu**, à utiliser dès l'initiation d'une coopération et tout au long de son évolution, afin de garantir une dynamique lisible, complémentaire et durable.

GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION DE LA COOPÉRATION TERRITORIALE

Étape méthodologique	Indicateur / levier concret	Oui	Partiellement	Non	Action envisagée
1/ Diagnostic partagé du territoire	Une synthèse commune des diagnostics existants a été réalisée et partagée.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Les problématiques prioritaires du territoire ont été identifiées collectivement.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2/ Clarification des missions et cadre commun	Une cartographie des missions et des interfaces entre dispositifs est disponible.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Une charte ou feuille de route commune formalise les règles de coopération et la comitologie de suivi.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3/ Outils et procédures partagés	Des outils numériques ou procédures communs sont utilisés (plateforme, annuaires, protocoles...).	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Des temps réguliers d'échange ou de coordination sont organisés.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4/ Coopérations concrètes	Au moins un projet ou une expérimentation de coopération inter-dispositifs est en cours sur le territoire.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Des retours d'expérience sont effectués sur ces expérimentations.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Ces retours d'expérience et leurs enseignements sont partagés entre les dispositifs engagés.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5/ Suivi, évaluation et évolution	Des indicateurs de suivi communs ont été définis.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Des temps de bilan collectifs (revue annuelle ou intermédiaire, comités inter-dispositifs...) sont organisés.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	



Aidez-nous à améliorer le guide en partageant vos impressions et suggestions. Vos données (nom, mail, fonction, structure et téléphone si vous souhaitez être recontacté-e) resteront confidentielles, ne seront ni vendues ni cédées, et peuvent être traitées via Google Forms avec protection RGPD même hors UE. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment : rgpd@fac-s-occitanie.fr. Vous pouvez également saisir la CNIL.

COMMENT INTERPRÉTER LE SCORE ?

Chaque **Oui** vaut **2 points**, chaque **Partiellement** vaut **1 point**, chaque **Non** vaut **0 point**.

- ➔ **Score de 0** : la coopération est à initier ➔ Poser les bases du diagnostic et des contacts.
- ➔ **Score de 1 à 6** : la coopération reste ponctuelle même si des liens existent ➔ Lancer ou consolider les premiers leviers
(diagnostic, clarification des rôles et des missions).
- ➔ **Score de 7 à 16** : la démarche est en structuration, la collaboration devient régulière, et peut être portée par des outils et des objectifs communs ➔ Consolider la méthodologie de répliquabilité de la démarche, formaliser les outils, process, retours d'expérience, et lancer des expérimentations.
- ➔ **Score de 17 à 22** : la coopération est ancrée dans les pratiques et consolidée ➔ poursuivre le suivi et l'essaimage de la dynamique.

CONCLUSION

La première Rencontre régionale de la coopération territoriale a confirmé une réalité partagée : la richesse des dispositifs existants est une force, mais elle nécessite d'être rendue lisible et articulée pour répondre efficacement aux besoins des populations. Les échanges ont mis en lumière une volonté commune d'agir ensemble, en dépassant les cloisonnements pour construire des parcours fluides, inclusifs et centrés sur la personne.

Ce guide s'inscrit dans cette dynamique collective. Il ne propose pas un modèle unique, mais des repères méthodologiques et des outils simples pour structurer le dialogue, clarifier les rôles et sécuriser les actions partenariales. Les retours d'expérience des ateliers montrent que les solutions existent déjà sur les territoires : démarches d' "aller-vers", dispositifs mobiles, télémédecine, outils numériques, conventions intersectorielles... Ces leviers doivent désormais être amplifiés et mutualisés.

La coopération territoriale est un processus évolutif. Elle repose sur trois piliers : **l'interconnaissance**, pour créer une culture commune ; **la coordination opérationnelle**, pour passer de la réflexion à l'action ; et **l'évaluation partagée**, pour inscrire la démarche dans la durée. L'outil d'auto-évaluation proposé en Partie 3 est conçu pour accompagner cette progression, en permettant aux acteurs de mesurer leurs avancées et de prioriser les chantiers à venir.

En conclusion, la réussite de cette ambition collective dépend de la capacité des acteurs à maintenir le cap : **travailler ensemble, avec pragmatisme et confiance, pour rendre les parcours de santé plus lisibles, plus fluides et plus équitables**. Ce guide est une invitation à poursuivre cette dynamique, à l'enrichir par les pratiques locales et à en faire un socle commun pour l'avenir.



ANNEXE 1 / QUI FAIT QUOI ? TABLEAU COMPARATIF

Dispositif / acteur	CPTS Articles L1434-12 à L1434-13 du (CSP)	DAC Articles L. 6327-2 du CSP	D-CLIC Circulaire DGS/DGAS/DHOS/ DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002	Dispositifs d'Expertises régionales (DR/DSR...) DSR : Article D6327-6 du CSP	CLS Article L.1434-10 du CSP / CLSM (santé mentale) Article L. 3221- 2 du CSP	PTSM Article L. 3221-2 du CSP
Porteur	Association portée par Professionnels de Santé du territoire	Association avec une gouvernance représentative des ressources médicales, médico- sociales et sociales du département	Associations, maisons des adolescents... (anciens réseaux adolescents)	Associations, réseaux...	Les collectivités territoriales : Communes et EPCI signataires d'un CLS (et/ou CLSM)	Spécifique selon les territoires
Échelle territoriale	Bassin de vie (territoire de santé défini)	Départementale	Départementale (sur 8 départements sur 13 en Occitanie)	Régionale	EPCI / Interco / Commune / Pays / PNR / PETR (échelle territoriale définie par les élus) Commune / Intercommunalité (CLSM)	Départementale (en Occitanie)
Publics / situations prioritaires	Population du territoire de santé : accès aux soins, soins non programmés, parcours pluriprofessionnels, prévention.	Situations de santé et de vie complexes, tous âges / tous publics / toutes pathologies, combinant difficultés médicales, sociales, médico-sociales.	Situations complexes des enfants et adolescents	Publics concernés par une pathologie ou thématique spécifique : diabète, cancer, maladies rares, plaies, etc.	*Habitants d'une commune ou d'une intercommunalité *Acteurs du territoire (élus, bénévoles, professionnels) comprenant les domaines du sanitaire, médicosocial, social, éducation, justice, sécurité, habitat, urbanisme, etc.	Personnes avec une souffrance et/ou des troubles psychiques, un handicap psychique, publics vulnérables, aidants. Population générale sur le volet promotion de la santé mentale et action sur les déterminants de la santé mentale.
Niveau d'Action	Populationnel	Populationnel et individuel	Populationnel et individuel	Populationnel (thématique)	Populationnel	Populationnel (santé mentale)
Type d'Action	Coordination, appui aux parcours	Information, Orientation, Appui à la coordination des parcours de santé, Observatoire des ruptures de parcours	Appui aux parcours, coordination, accompagnement social et médico- social	Appui aux parcours	Coordination des politiques publiques de santé et articulation de leurs dispositifs sur un territoire	Coordination
Rôle pivot possible par thématique	– Accès au médecin traitant. – Soins non programmés en ville. – Parcours pluriprofessionnels (ALD, gériatrie...). – Prévention populationnelle.	Information, Orientation, Appui à la coordination des parcours de santé, Observatoire des ruptures de parcours	Parcours complexes de l'enfant ou de l'adolescent.	– Référent régional sur une pathologie ou thématique (ex. diabète, onco, gériatrie...). – Appui aux projets territoriaux portés par CPTS / DAC / établissements.	Dans le cadre des axes définis dans le programme local de santé (dont les axes socles) : Cadre d'articulation / coordination / animation territoriale : politiques de santé, institutions, acteurs locaux qui oeuvrent sur l'ensemble des déterminants de santé)	- Animation territoriale et appui aux pilotes d'action - Articulation des champs sanitaire, social et médico-social - Mobilisation partenariale élargie et multisectorielle - Articulation avec les stratégies des dispositifs existants
Point de contact (à compléter localement)	Coordonnateur .rice / direction CPTS, contact générique.	Numéro unique du DAC 1 par département)	Coordonnateur.trice du D-CLIC : https:// www.sante- complexe-occitanie. fr/dispositifs-de- clinique-indirecte- concertee	Coordination ou direction du DR / DSR	Coordonnateur .rice CLS/CLSM de la collectivité. Référente régionale CLS de l'ARS + référentes régionales Promotion Santé wOccitanie	Coordonnateur.trice PTSM / partenaires du PTSM / référente régionale PTSM de l'ARS

ANNEXE 1 / QUI FAIT QUOI ? TABLEAU COMPARATIF

Dispositif / acteur	Communauté 360 / Dispositifs Handicap Circulaire N° DGCS/SD3/2021/236 du 30 novembre 2021	Coordination territoriale des parcours de soins urgents et non programmés Article L6113-8 du CSP	MSP (Maisons de santé pluriprofessionnelles) Article L6323-3 du CSP	Centres de santé (CDS) Article L6323-1 du CSP	Établissements de Santé (publics et privés) - CHU et Centres Experts regroupés ou non en GHT Public : Article L6141-1 du CSP / Privé : Article D6161-2 du CSP / GHT : Article L6132-1 du CSP
Porteur	Spécifique selon les territoires	ORU Occitanie	Société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA) créée à l'initiative de Professionnels de Santé Libéraux	Soit : * des organismes à but non lucratif, * des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale, * des établissements publics de santé, * des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif * des Sociétés Coopératives d'Intérêt Collectif (SCIC).	Selon le type d'établissement : * Personne Morale de Droit Public * Personne morale de Droit Privé
Échelle territoriale	Départementale	Départementale	Bassin de vie Commune / Intercommunalité	Bassin de vie Commune / Intercommunalité	Selon l'implantation et la spécialisation : Bassin de vie, Commune/ intercommunalité, Départementale, Régionale
Publics / situations prioritaires	Personnes en situation de handicap et leurs aidants, en difficulté pour mettre en œuvre leur projet de vie. pluriprofessionnels, prévention.	Population du territoire de santé : accès aux soins urgents et non programmés, coordination des acteurs de parcours pluriprofessionnels.	Patients suivis en soins de premier recours sur un bassin de vie donné.	Patients en soins ambulatoires, avec parfois des publics plus précaires ou sans MT.	Patients pris en charge en séjour hospitalier, en hospitalisation à domicile, en urgences ou en consultations spécialisées.
Niveau d'Action	Populationnel et individuel	Populationnel	Proximité	Proximité	Proximité (soins spécialisés) + rôle structurant partenarial
Type d'Action	Accompagnement social et médico-social	Coordination	Soins, coordination	Soins	Soins, coordination
Rôle pivot possible par thématique	– Situations de handicap complexes. – Articulation MDPH / médico-social / santé / social. pluriprofessionnels (ALD, gériatrie...). – Prévention populationnelle.	Accès aux soins.	– Implémentation concrète des organisations (créneaux SNP, suivi protocolisé, réunions de concertation pluriprofessionnelle...). – Repérage / orientation des situations complexes vers DAC / C360 / autres.	– Soins de premier recours, notamment publics précaires / sans MT. – Participation aux parcours portés par CPTS / CLS / établissements.	– Parcours post-hospitalisation. – Filières spécialisées (cardio, onco, gériatrie...). – Articulation ville-hôpital.
Point de contact (à compléter localement)	Référent-e Communauté 360 / structure porteuse.	Coordonnateur /rice régionale et territoriales.	Coordinateur-riche MSP / représentant des associés.	Direction / coordination du centre de santé.	Référent coordination ville-hôpital / cellule de liaison / direction des affaires médicales.

ANNEXE 2 / QUI FAIT QUOI ? MISSIONS PRINCIPALES

DISPOSITIF / ACTEUR	MISSIONS PRINCIPALES SUR LE TERRITOIRE
CPTS	<p>Conformément à l'ACI CPTS : Légifrance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Co-construire un projet de santé territorial avec les pros de ville. - Organiser l'accès au MT et les soins non programmés. - Structurer des parcours pluriprofessionnels (personnes âgées, pathologies chroniques, etc.). - Participer à la gestion de crise sanitaire - Développer des actions de prévention à l'échelle du territoire.
DAC	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux demandes d'appui des professionnels (ville, hôpital, social, médico-social). - Assurer un appui à la coordination des parcours individuels complexes et mobiliser les ressources du territoire. - Informer et orienter vers les ressources disponibles. - Contribuer au diagnostic partagé et à l'animation territoriale.
D-CLIC	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les professionnels accompagnant des enfants et adolescents présentant des difficultés multiples (psychiques, en risque d'exclusion...) - Garantir une évaluation clinique globale de l'adolescent, pour comprendre sa trajectoire de vie, - Permettre l'élaboration et le suivi d'un projet individualisé qui articule des soins spécialisés, une inscription dans le champ social, une dimension éducative, des apprentissages scolaires ou professionnels adaptés, tenant compte des besoins et des possibilités du jeune pris en charge. Ce projet est orienté par l'analyse clinique, - Proposer la coordination des actions des partenaires afin de coordonner le parcours du jeune et assurer la traçabilité de sa trajectoire - Proposer des formations sur l'adolescence, des pratiques inter-institutionnelles.
Dispositifs d'Expertises régionaux (DR/DSR...)	<ul style="list-style-type: none"> - Animer des filières de spécialité à l'échelle régionale. - Apporter une expertise thématique (protocoles, appui aux cas complexes, outils de dépistage, programmes régionaux). - Améliorer les connaissances et pratiques (formations, recommandations), mise à disposition d'outils et matériels - Rendre l'offre lisible (annuaires thématiques, cartographie des ressources locales et régionales).
CLS / CLSM	<ul style="list-style-type: none"> - Territorialisation des politiques de santé & intégration de la santé dans toutes les politiques (inter-institution & inter-sectorialité) - Identifier des priorités locales de santé, définir un projet politique local de santé publique partagé avec l'ensemble des acteurs locaux pour agir sur les déterminants sociaux de santé (logement, mobilité, environnement, insertion...) au service de la réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de santé - favoriser la mise en oeuvre des actions partenariales des acteurs locaux correspondant au au projet local de santé et notamment aux axes socles (prévention et promotion de la santé, attractivité et accès aux soins, santé environnementale, santé mentale, mobilisation citoyenne). - fédérer et coordonner les acteurs de territoires autour d'une gouvernance (COPIL, COTECH, groupes de travail) pour le suivi du projet local de santé
PTSM	<ul style="list-style-type: none"> - co-construire avec les partenaires du territoire un plan d'action stratégique en santé mentale sur 5 ans - Structurer les parcours en santé mentale (prévention, repérage, diagnostic, accès et coordination des parcours de soins, accompagnement et insertion sociale). - Participer à la promotion de la santé mentale et à la déstigmatisation des troubles psychiques.
Communauté 360 / Dispositifs Handicap	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir un point d'entrée unique d'information et d'orientation pour les personnes en situation de handicap. - Coordonner les ressources (sanitaire, médico-social, social, éducation, emploi...). - Soutenir les projets de vie et prévenir les ruptures.
Coordination territoriale des parcours de soins urgents et non programmés	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de l'activité des services d'urgence. - Soins non programmés - Parcours pluriprofessionnels
MSP (Maisons de santé pluriprofessionnelles)	<ul style="list-style-type: none"> - Regrouper des professionnels de santé libéraux de soins primaires autour d'un projet de santé - Assurer des activités de soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours - Dans le cadre du projet de santé qu'elle élabore, participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales
Centres de santé (CDS)	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir des soins de premier recours par des professionnels salariés (médecins, IDE, dentistes, etc.). - Contribuer à des parcours structurés et des actions de prévention. - Jouer un rôle de porte d'entrée pour des publics éloignés du système de santé.
Établissements de Santé (publics et privés) - CHU et Centres Experts regroupés ou non en GHT	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer les soins hospitaliers et spécialisés. - Organiser les entrées / sorties, en lien avec CPTS, DAC, ville, médico-social. - Déployer des programmes spécifiques (ETP, consultations avancées).



AGIR ENSEMBLE CONCRÈTEMENT • DURABLEMENT

DÉCRYPTAGE : L'ARTICULATION CPTS¹ / DAC² / DR-DSR³

A travers ce document pratique, le Guichet CPTS d'Occitanie et la FACS Occitanie proposent une clarification des rôles des dispositifs (CPTS, DAC et DR-DSR), un exemple de coordination à partir d'un parcours réel, et des repères pour construire des coopérations efficaces.

En Occitanie comme ailleurs, les professionnels et partenaires territoriaux ont à leur disposition une pluralité de dispositifs de coordination. Tous poursuivent un même objectif : favoriser **l'accès aux soins**, améliorer **l'organisation des parcours** et répondre aux **besoins de la population**. Entre missions différentes et niveaux d'intervention variés, il est parfois difficile de s'y retrouver.

« Chaque acteur territorial a un rôle à jouer, à son échelle.
Et plus encore : c'est dans leur articulation que réside leur efficacité. »

1 Communautés professionnelles territoriales de santé.
2 Dispositifs d'appui à la coordination.
3 Dispositifs régionaux / dispositifs spécifiques régionaux.



ANNEXE 3 : EXEMPLE D'ARTICULATION DAC/DR/CPTS (FLYER)

CLASSIFICATION DES RÔLES

Les CPTS, DAC et DR-DSR partagent une **même finalité** : la coordination des parcours, mais sur des **logiques distinctes** :

➔ **LES DR-DSR** animent des **filières de spécialités** et favorisent l'accès à des expertises thématiques (diabète, cancer, maladies rares, plaies...).

➔ **LES DAC** apportent un **soutien aux professionnels** de terrain pour la coordination des parcours complexes, en lien avec les ressources existantes sur leur territoire.

➔ **LES CPTS** rassemblent les professionnels de santé et les acteurs de santé d'un territoire pour concevoir, **organiser et améliorer des réponses collectives** aux problématiques de ville.

DISPOSITIF RÉGIONAL (RÉGION)

MISSION : Apporter une expertise thématique à la demande des acteurs locaux.

RÔLES :

- Apporter une expertise complémentaire de la situation ou une orientation vers le bon interlocuteur.

- Améliorer les connaissances et les pratiques professionnelles (formation, protocoles régionaux).

- Stimuler l'implication collaborative des acteurs autour des expertises.

DAC (DÉPARTEMENT)

MISSION : Soutenir les professionnels confrontés à des situations complexes.

RÔLES :

- Informer et orienter les professionnels vers le bon interlocuteur.

- Coordonner les parcours individuels en facilitant l'accès aux ressources locales.

- Faciliter l'animation territoriale à l'échelle du département.

CPTS (BASSIN DE VIE)

MISSION : Structurer entre acteurs de santé une réponse locale à un problème de santé.

RÔLES :

- Fédérer les acteurs locaux.

- Améliorer l'accès aux soins.

- Structurer des parcours pluriprofessionnels et des actions de prévention sur le territoire.

**ORGANISATION
DES DISPOSITIFS
À L'ECHELLE RÉGIONALE**

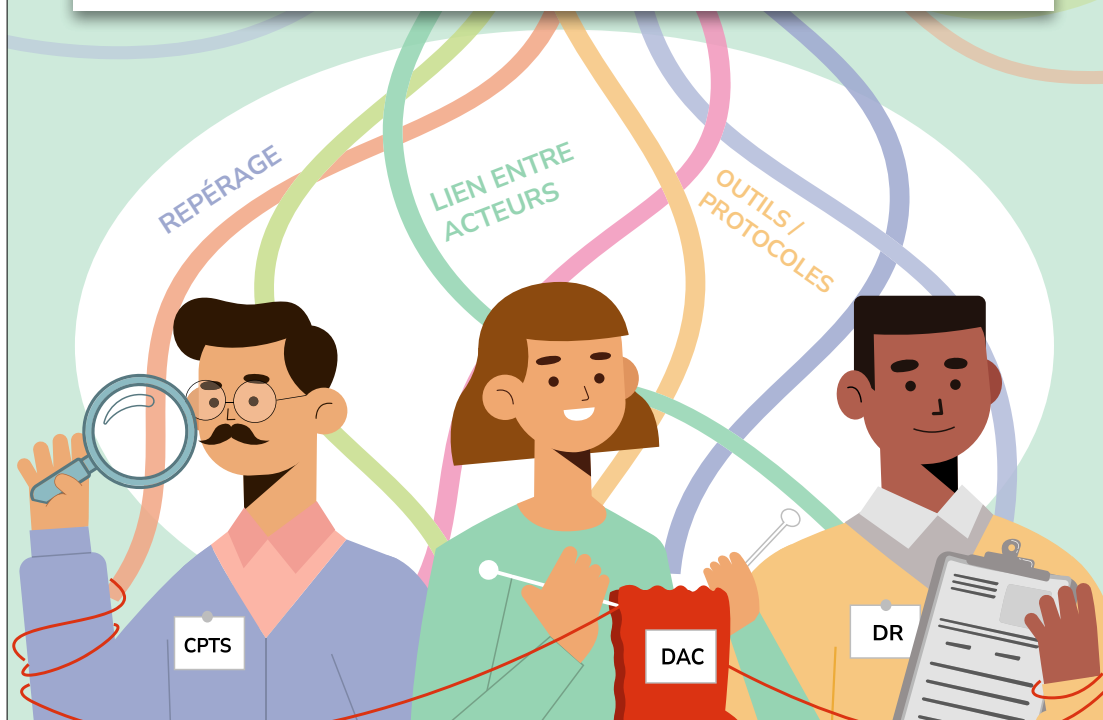
CAS CONCRET : Comment ces dispositifs collaborent-ils dans le suivi des patients diabétiques ?

Deux CPTS identifient sur leur territoire respectif via leur diagnostic territorial une prévalence de patients diabétiques. Elles organisent un atelier thématique inter-CPTS et convient le DAC à y participer. Trois thématiques émergent lors de cet atelier, dont la thématique « Diabète et Précarité ».

Le DAC propose d'associer le dispositif régional Diabète Occitanie. Une possibilité d'action commune émerge à travers un programme élaboré par Diabète Occitanie pour le dépistage des complications chroniques du diabète des personnes en situation de précarité.

Après plusieurs échanges, ils définissent leurs rôles respectifs dans la mise en œuvre de l'action : la CPTS repèrera les personnes diabétiques sur son territoire et les orientera vers le DAC pour un premier entretien. Des RCP seront organisées entre les professionnels de santé du territoire de la CPTS, du DAC et du DR pour élaborer les projets personnels de santé. Le DAC et le DR en cas de besoin pourront appuyer les professionnels de santé dans la mise en œuvre individualisée des projets.

A l'issue d'une période de 6 mois ils se réunissent pour évaluer l'exhaustivité des prises en charge et adapter leurs actions auprès des patients si nécessaire.



ANNEXE 3 : EXEMPLE D'ARTICULATION DAC/DR/CPTS (FLYER)

CONSTRUIRE UNE COOPÉRATION EFFICACE

L'action partenariale entre CPTS, DAC et DR permet :

- ➔ De favoriser l'interconnaissance sur les missions de chacun et d'éviter les doublons ou redondances dans les actions.
- ➔ De renforcer les capacités d'intervention de chaque acteur.
- ➔ De mieux répondre aux besoins de la population en facilitant l'accès aux expertises et aux soins et en réduisant les délais d'orientation.

CINQ LEVIERS CONCRETS POUR STRUCTURER UN PARTENARIAT

- 1/ Partager un langage commun :** formations croisées, des temps d'échanges interprofessionnel, des actions conjointes.
- 2/ Développer des projets partagés :** réponses communes a des appels à projets ou expérimentations locales.
- 3/ Mutualiser des outils :** plateformes, répertoires, annuaires communs.
- 4/ Instaurer une gouvernance partagée :** conventions, représentations croisées, suivi partagé.
- 5/ Adopter une posture claire et complémentaire :** clarifier le rôle et le périmètre d'action de chacun.

Ce document ne résume pas à lui seul la coordination territoriale ; il s'inscrit dans un écosystème plus large incluant (entre autres) les CLS/CLSM⁴, MSP⁵, PTSM⁶, CRT⁷ et communautés 360°.

FACS OCCITANIE & GUICHET CPTS

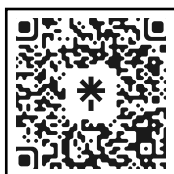
En Occitanie, la FACS et le Guichet CPTS soutiennent les dynamiques de coopération entre dispositifs. Convaincus qu'une articulation claire permet :

- ➔ Une meilleure lisibilité pour les professionnels
- ➔ Une orientation plus fluide des usagers
- ➔ Une réponse plus cohérente aux besoins du territoire

GUICHET CPTS



FACS OCCITANIE



CARTO & ANNUAIRES DES DISPOSITIFS



- 4 Contrats locaux de santé / contrats locaux de santé mentale.
5 Maisons de santé pluriprofessionnelles.
6 Projets territoriaux de santé mentale.
7 Centres de ressources territoriaux.